
SALUD

Inequidades en la capacidad de estar vivo y de disfrutar de una vida saludable

JAVIER PADILLA

Uno de los ámbitos donde las desigualdades se expresan de una forma más llamativa es el de la salud, donde no solo las diferencias por renta, género o situación administrativa en el acceso o la calidad de la asistencia sanitaria son fundamentales, sino que las desigualdades en los determinantes sociales de salud (empleo, educación, renta, género, edad, etc.) repercuten en la existencia de importantes desigualdades.

En las siguientes páginas se analiza cómo se distribuyen las condiciones y hábitos de vida saludables, así como la percepción de salud o la esperanza de vida de acuerdo a diferentes variables sociales (clase social, género, edad), cuáles son las causas que hacen que se dibuje este panorama tan desigual y qué medidas deberían desarrollarse desde las instituciones públicas para paliar o revertir dicha situación.

Este documento forma parte de las lecturas de contexto del evento público 'Debate sobre la desigualdad en España y cómo reducirla' del 26 de marzo en Madrid que, de cara a las elecciones generales del 28 de abril de 2019, juntará a expertos y expertas en políticas públicas y desigualdad con representantes de los principales partidos políticos de ámbito estatal. Oxfam Intermón agradece a los autores su tiempo, conocimientos y compromiso con la lucha contra las desigualdades. Las opiniones vertidas en este documento son de los expertos y expertas firmantes y no tienen por qué coincidir en su totalidad con la postura pública de Oxfam Intermón.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

1. ¿CÓMO AFECTA LA DESIGUALDAD AL DISFRUTE DEL DERECHO A LA SALUD?

Principales conclusiones

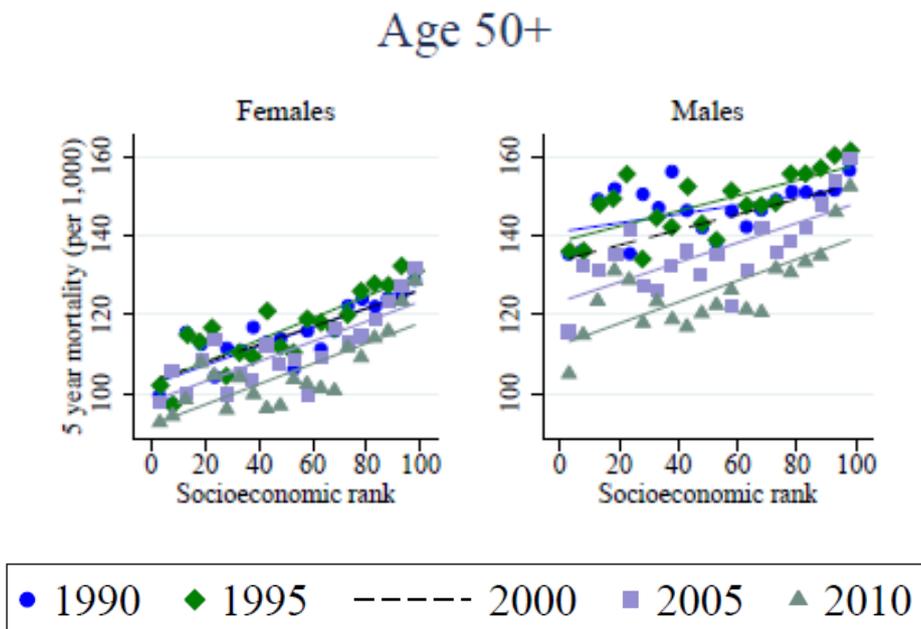
- Existen desigualdades en esperanza de vida que se expresan tanto a nivel de clase social (existen 11 años de diferencia en esperanza de vida entre los barrios más ricos y los más pobres de Barcelona, y 7 años en el caso de Madrid) como de género (la esperanza de vida de las mujeres es de 86,9 años, comparada con los 80,3 años de los hombres).
- A pesar de tener una mayor esperanza de vida, las mujeres viven menos años sanas (menor esperanza de vida saludable). A los 65 años, las mujeres solo pueden esperar que el 40% de los años restantes de vida sean saludables, comparado con el 50,1% de los años de los hombres).
- A pesar de que España se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida del mundo, no logra clasificar entre los 10 primeros países de Europa en lo relativo a Años de Vida Saludable a los 65 años; es decir, existe una gran esperanza de vida, pero una parte muy importante de esta son años en los que está presente alguna limitación por motivos de salud.
- Las diferencias en las condiciones de vida de la población de nuestro país determinan las desigualdades en la capacidad para la toma de decisiones saludables y en el acceso de hábitos de vida saludables. Por ejemplo, el porcentaje de personas de las clases sociales más bajas que consumen a diario bebidas azucaradas o comida rápida es el doble que en las clases más altas.
- Existe un gradiente de desigualdad que se manifiesta en la práctica totalidad de los determinantes de salud medidos en este trabajo, siendo más acusado cuando la intersección de género y clase social se hace presente.
- El acceso al sistema sanitario en España presenta una desigualdad inferior a la de otros países del entorno, pero las limitaciones al acceso (a necesidades sanitarias no cubiertas o a medicamentos no tomados por causas económicas) se concentran en un grupo de población especialmente desfavorecido, como denota que las personas de clase social más baja tengan 7 veces mayor riesgo de no poder acceder a medicamentos por causas económicas que las personas de clase social más alta.
- Los problemas de salud mental están fuertemente influidos en su distribución por la clase social y el género, siendo un ejemplo de los problemas de los servicios socio-sanitarios para dar respuesta a los problemas en esta dimensión de la salud.

1.1. Desigualdades en la esperanza de vida

Si hay algo significativo sobre la desigualdad entre unos y otros, es el tiempo que hemos de vivir y la calidad del mismo. La desigualdad en esperanza de vida entre personas de distinto nivel de renta u origen socioeconómico está ampliamente estudiada y la OCDE fija una diferencia media en los países industrializados de más 8 años más de esperanza de vida para un hombre joven de 25 años con educación universitaria en relación a un chico de su misma edad con un nivel educativo más bajo.

Aunque no contamos con el dato concreto para España, un trabajo muy interesante recientemente publicado nos permite aproximarnos a cuánto pueden esperar vivir unos u otros analizando la tasa de mortalidad en distintos municipios según edad y nivel socioeconómico de la localidad. Como se aprecia en el siguiente gráfico y concretamente para hombres y mujeres mayores de 50 años –no hay muchas diferencias en otras edades– mientras más pobre es un municipio más joven muere la gente. Mientras que las localidades de mayor capacidad socioeconómica la mortalidad entre mayores de 50 es de 110 por cada 1.000 habitantes, en que se encuentran en el otro extremo de la distribución, la mortalidad es de 150 por cada 1.000.

Figura 1. Desagregación de abandono educativo prematuro



Fuente: EPA, 2016

Tan sólo contamos con estudios parciales sobre esperanza de vida y renta de algunas ciudades españolas. Un trabajo analiza distintos indicadores de salud dividiendo la ciudad de Barcelona por barrios. La mayor diferencia en esperanza de vida la encontramos entre los barrios de Torre Baró cuyos vecinos pueden aspirar a vivir 75,2 años y Pedralbes, donde se lleva a los 86,5. Nada menos que 11 años de diferencia entre el barrio más rico y el cuarto más pobre.

Un estudio similar llevado a cabo para la ciudad de Madrid en el que se analizan los 129 barrios de la ciudad nos da como resultado una diferencia de casi 7 años entre los que más viven y los que menos, en zonas como Entrevías u Orcasur. Las desigualdades socio-económicas de sus habitantes se reflejan en un mapa dividido entre un eje noroeste de mayor longevidad y mayor renta, otro sureste donde no se llega a los 80 años.

Pero no sólo la vida es más corta, también se viven más años con peor salud. Un estudio similar anterior recoge cómo 7 de cada 10 madrileños están diagnosticados de un problema crónico de salud y que, fundamentalmente, se concentran en aquellos barrios de menor renta.

De acuerdo con este concepto de dotar de buena calidad de vida a los años vividos hemos de fijarnos en el concepto de esperanza de vida sana, aquí podemos observar que las mujeres viven un mayor porcentaje de su vida con enfermedad; trasladando los porcentajes a la esperanza de vida de nuestro país, los hombres vivirían 80,1 años, de los cuales 16,03 serían con enfermedad, mientras que las mujeres vivirían cinco años y medio más (85,7 años) viviendo 21,68 años con enfermedad. Las mujeres viven más tiempo, pero esa diferencia de tiempo vivido no es un tiempo libre de enfermedad (aspecto que añadir a la valoración subjetiva que éstas hacen de su estado de salud, como se comentó anteriormente). Además, como se ha observado en algún estudio realizado en nuestro país, si en vez de considerar los años de vida consideráramos la calidad de vida a lo largo de estos años (mediante la medición de la Esperanza de *Vida Ajustada por Calidad*) las diferencias en esperanza de vida existentes entre hombres y mujeres desaparecerían en nuestro país (Martínez Pérez, Sánchez Martínez, & Abellán Perpiñán, 2016).

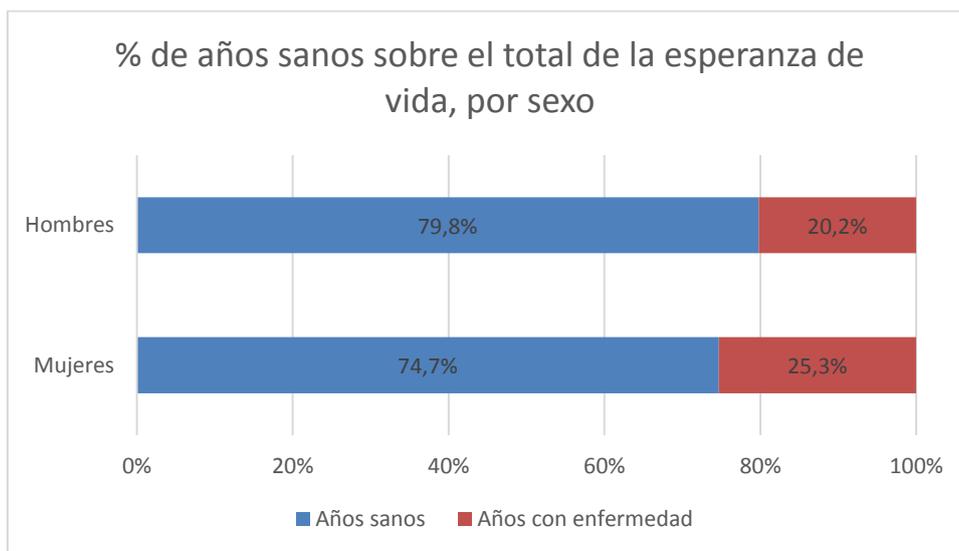
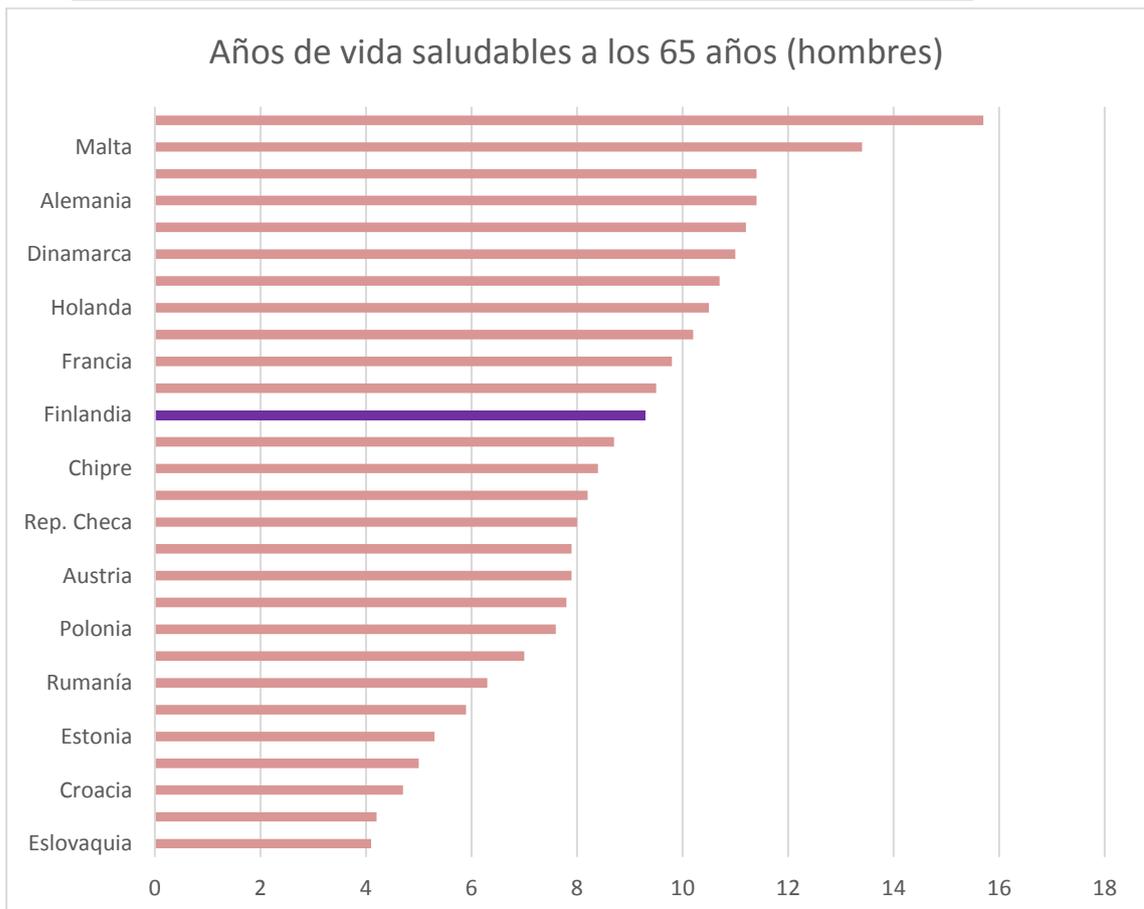
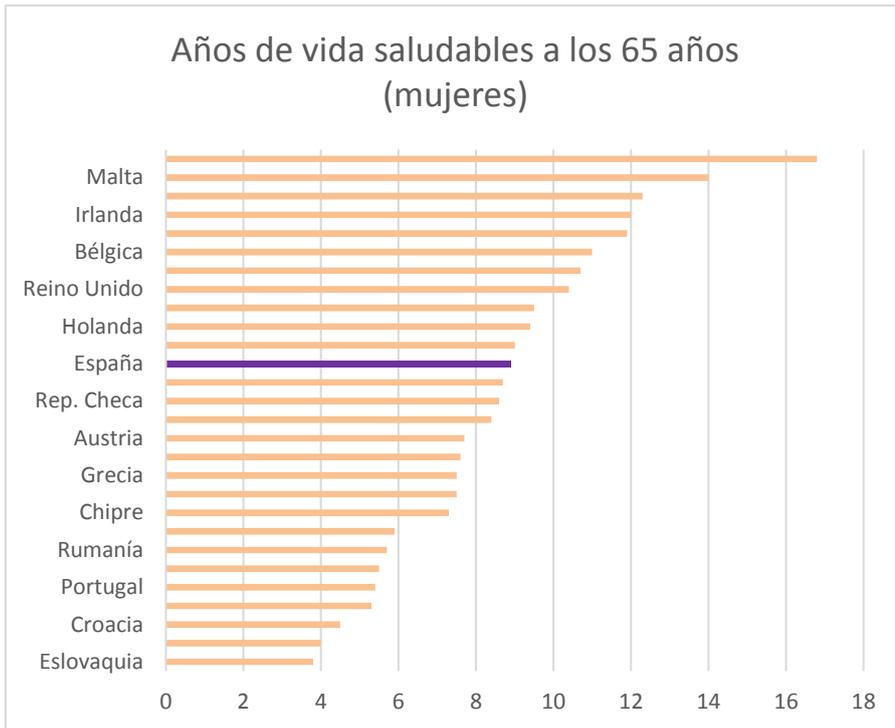


Figura 2 Porcentaje de años sanos sobre el total de esperanza de vida por sexo.

Otra de las formas de analizar la esperanza de vida, especialmente relevante según la población va envejeciendo, es la esperanza de vida a los 65 años (EV65) y los años de vida saludable que restan a los 65 años. En este caso podemos observar que, según datos de 2014, la esperanza de vida de los hombres a los 65 años es de 19,3 años, siendo los años de vida saludable a dicha edad de 10,1; para las mujeres, la EV65 sería de 23,5 años pero los AVS solo de 9,5 años. (EHLEIS, 2016) Según estos datos, España no solo no sería de las primeras del mundo en Años de Vida Saludables a los 65 años, sino que quedaría fuera del top-10 europeo a este respecto.



Medida 1. Limitación por razón de enfermedad, discapacidad y problemas de salud mental

Una de las fortalezas del abordaje de las capacidades en el ámbito de la salud es su capacidad para incorporar las enfermedades crónicas dentro de su ámbito de estudio y poder considerar el papel de la cronicidad en las desigualdades en salud.

El número de personas que declaran encontrar limitaciones en su vida diaria por motivo de enfermedad, discapacidad o problema de salud mental muestra un claro gradiente social en el cual la probabilidad de informar de dicha limitación es 7,5 veces mayor en el decil superior de renta que en el más bajo.

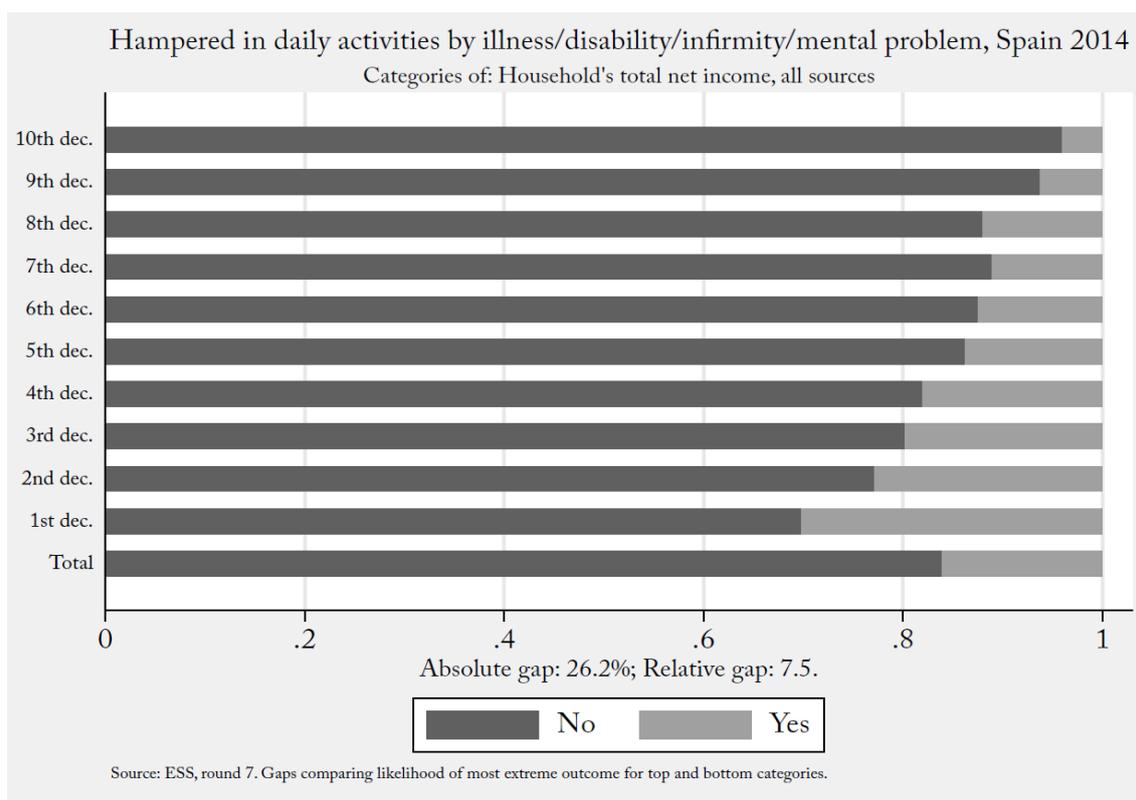


Figura 3 Limitaciones en las actividades de la vida diaria por enfermedad, discapacidad o problemas de salud mental por deciles de renta.

Si analizamos la distribución de esta variable por grupos de edad podemos encontrar lo esperable, de modo que a partir de los 50 años y, especialmente, a partir de los 65 años, el porcentaje de personas afectadas en su vida diaria por una enfermedad, discapacidad o problema de salud mental se incrementa. En el grupo etario entre 50-64 años casi un 20% de las personas encuestadas afirmaban, así mismo, mostrar esta limitación en su vida diaria; esta variable, y su distribución por edades, puede tener relevancia a la hora de plantear medidas como el retraso de la edad de jubilación, aspecto que puede llevar a incrementar la exposición al mundo laboral de personas con importantes limitaciones de salud para ello.

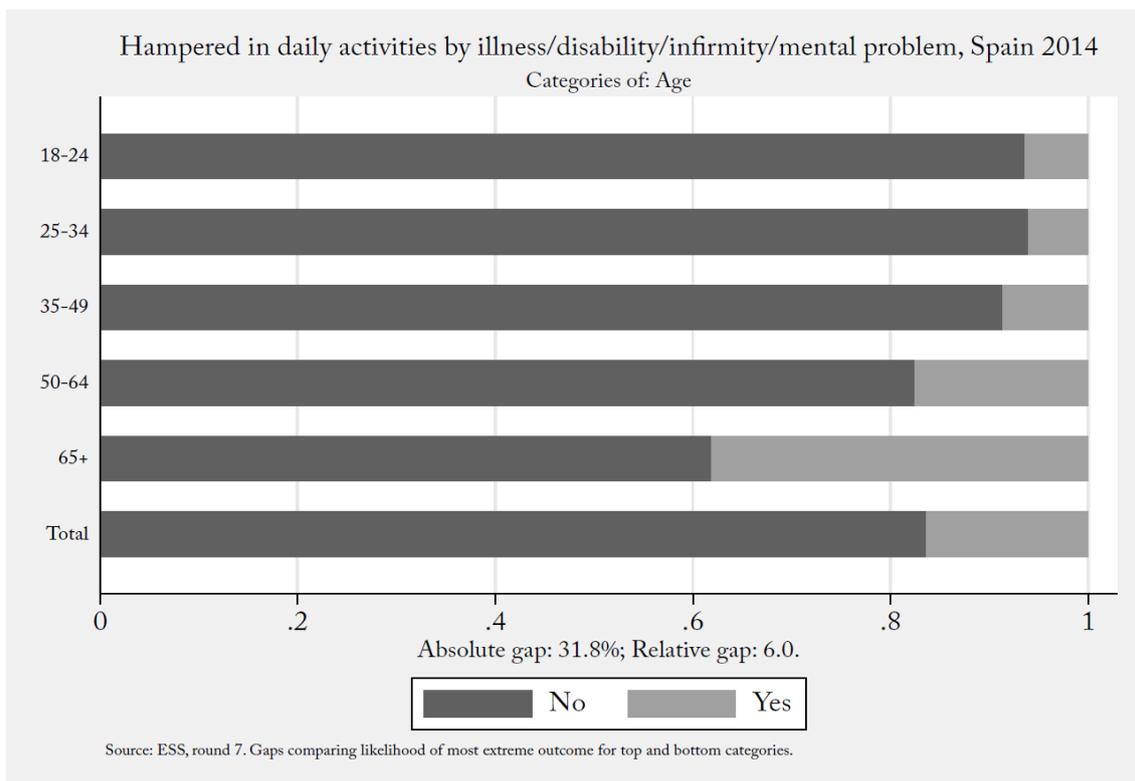


Figura 4 Limitaciones en las actividades de la vida diaria por enfermedad, discapacidad o problemas de salud mental por edad.

Al analizar la distribución de estas limitaciones dentro del grupo de edad de personas mayores de 65 años observamos que: I) el gradiente social expresado a nivel de población general se manifiesta también en este subgrupo poblacional, siendo mayor la presencia de limitación cuanto más baja es la clase social y II) más de 2/3 de las personas mayores de 65 años que declaran necesitar ayuda para las actividades de la vida diaria son mujeres, relación que se mantiene casi constante en todas las clases sociales.

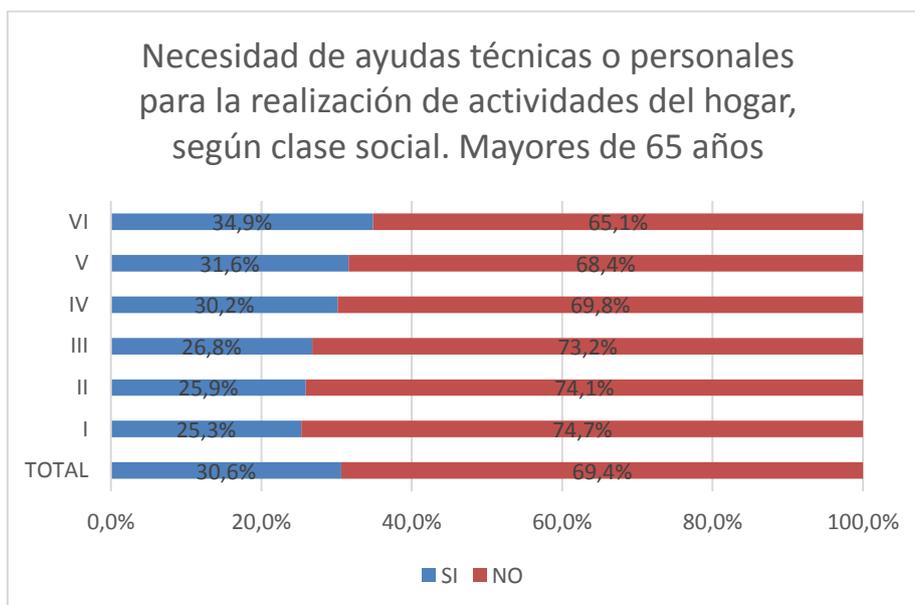


Figura 5 Necesidad de ayudas para la realización de actividades del hogar por clase social en mayores de 65 años. Fuente: Elaboración propia.



Figura 6 Necesidad de ayudas para la realización de actividades del hogar por clase social y sexo en mayores de 65 años. Fuente: Elaboración propia.

Una de las dimensiones de la salud donde las desigualdades sociales más claramente suelen dejar su impronta es en los problemas de salud mental. Más allá de los problemas de definición que puedan estar relacionados con la codificación diagnóstica de los problemas de salud mental y su afectación por la clase social, observamos importantes diferencias a nivel de salud mental percibida, tanto por edad como, principalmente, por edad

La probabilidad de declarar una mala salud mental en la población estudiada es de 4,9 veces superior en las personas del decil de renta más bajo respecto a las del decil más alto, según datos de la muestra española de la última encuesta europea de salud. Al igual que en los indicadores antes mencionados, se observa un gradiente social de distribución de la mala salud mental, con un importante empeoramiento en los deciles más bajos de renta.

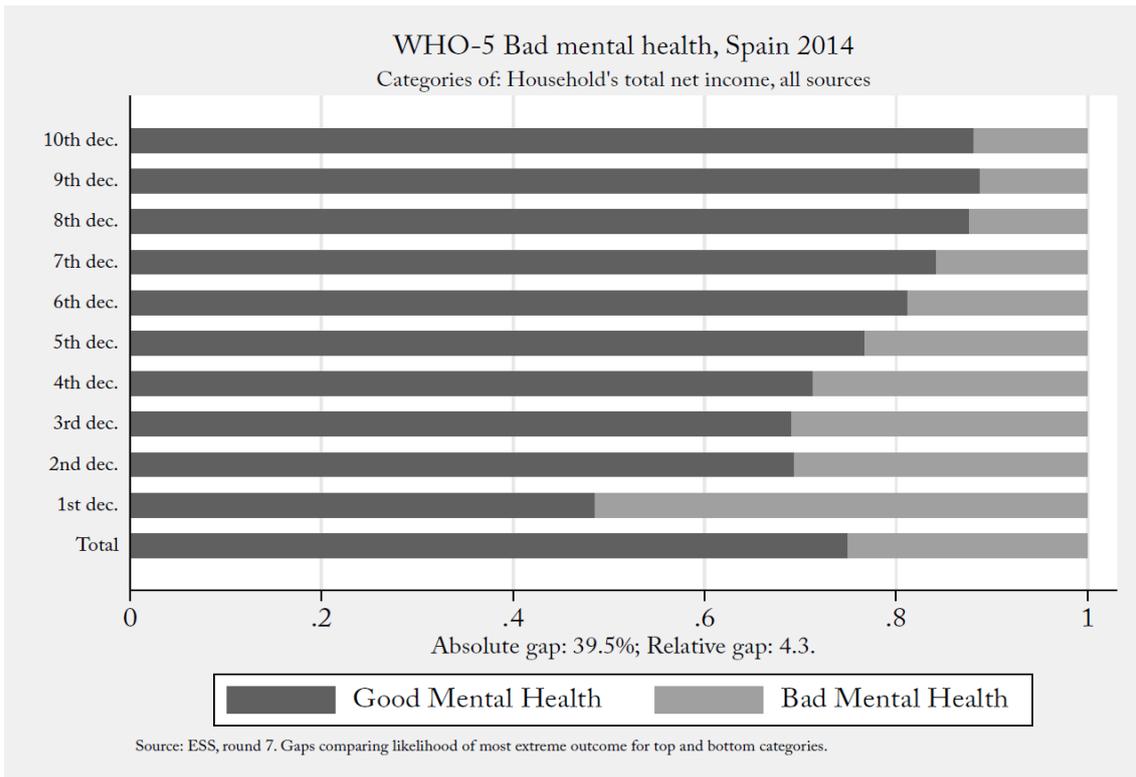


Figura 7 Salud mental percibida por deciles de renta.

Para terminar con este indicador, es preciso comentar algunos aspectos en relación con la presencia de problemas de salud mental en la población infantil. Como se observa en la gráfica, existen importantes diferencias entre clases sociales en las puntuaciones en los test psicométricos en la población infantil; este gradiente social se manifiesta tanto en niños como en niñas, presentando las primeras puntuaciones más altas (relacionadas con peor salud mental, a grandes rasgos) que las segundas.

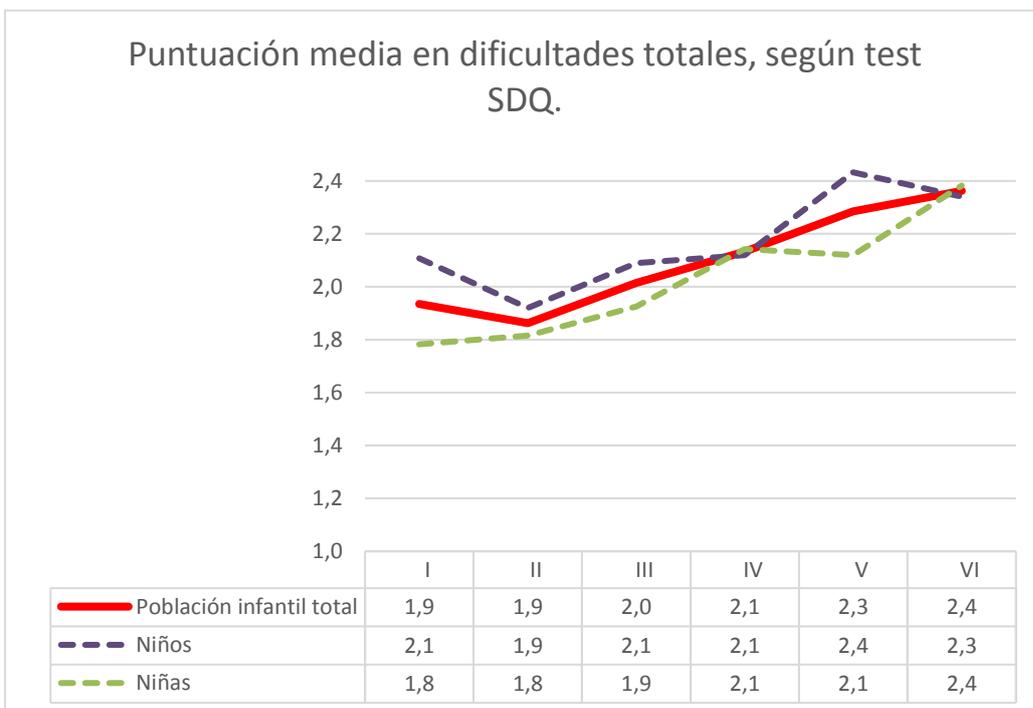


Figura 8 Puntuación media en test SDQ por sexo y clase social. Fuente: Elaboración propia.

Medida 2. Autopercepción de salud.

Uno de los indicadores donde confluyen la percepción individual y las variables duras a la hora de predecir resultados en salud es la salud percibida; de acuerdo con los datos de la muestra española de la última *Encuesta Europea de Salud*, la salud percibida también presenta un gradiente de rentas según el cual la probabilidad de afirmar tener mala o muy mala salud es mayor cuando menor sea la renta de la persona; la diferencia entre el decil superior y el inferior muestra una odds ratio de 10,3; estos datos están de acuerdo con los publicados en la literatura científica disponible. (Fernández-Martínez, y otros, 2012)

La percepción de salud se ha estudiado como un indicador fiable y fuertemente correlacionado con la mortalidad en los años posteriores a dicha percepción, de modo que este indicador, fácilmente obtenible y analizable, nos muestra desigualdades que pueden estar teniendo un correlato en una variable mucho más sólida como es la mortalidad. (Rippon & Steptoe, 2015)

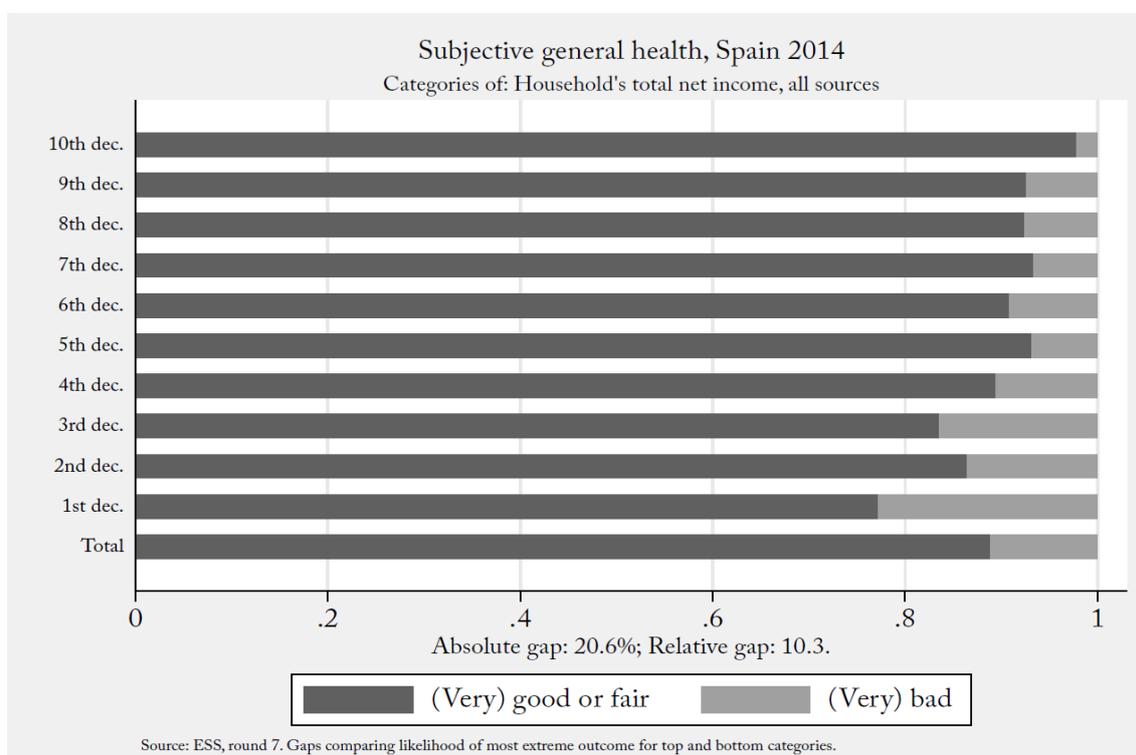
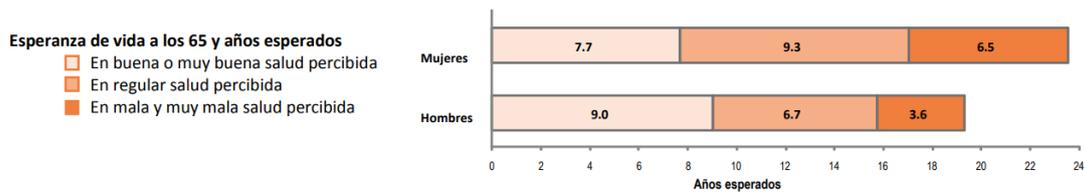


Figura 9 Salud percibida por deciles de renta.

Al abordar las desigualdades en autopercepción de salud según sexo se observa que la probabilidad de que las mujeres afirmen tener mala o muy mala salud es 1,8 veces la que presentan los hombres. La situación según la cual las mujeres son más longevas, pero presentan una mayor morbilidad ha sido ampliamente discutida en la literatura científica, aminorándose el papel central dado a las diferencias biológicas e incrementándose el peso dado a la estructura social y económica, con un papel central de la distribución de los cuidados a personas dependientes del entorno familiar, como ya se ha analizado en otra de las dimensiones de este trabajo.

Si cruzamos las variables de esperanza de vida a los 65 años, salud percibida y sexo, observamos que a dicha edad las mujeres solo pueden esperar vivir 7,7 años con buena o muy buena salud percibida, mientras que los hombres pueden esperar, de media, tener 9,0 años con buena o muy buena salud percibida. (EHLEIS, 2016)



Esta relación entre la mayor cantidad de años vividos por parte de las mujeres y la peor calidad de vida hay que analizarla observando las características diferenciales de cada sexo a la hora de enfermar y fallecer; mientras que los hombres sufren desigualdades en todas aquellas actividades directamente vinculadas con la actividad económica formal y el modelo de masculinidad hegemónico (mayor accidentabilidad, mayor tasa de consumo de drogas y dependencias, etc.), las mujeres padecen desigualdades de morbilidad relacionadas con la sobrecarga de cuidados formales e informales así como con la existencia de mayor tasa de situaciones de doble presencia (jornada laboral formal añadida a la informal).

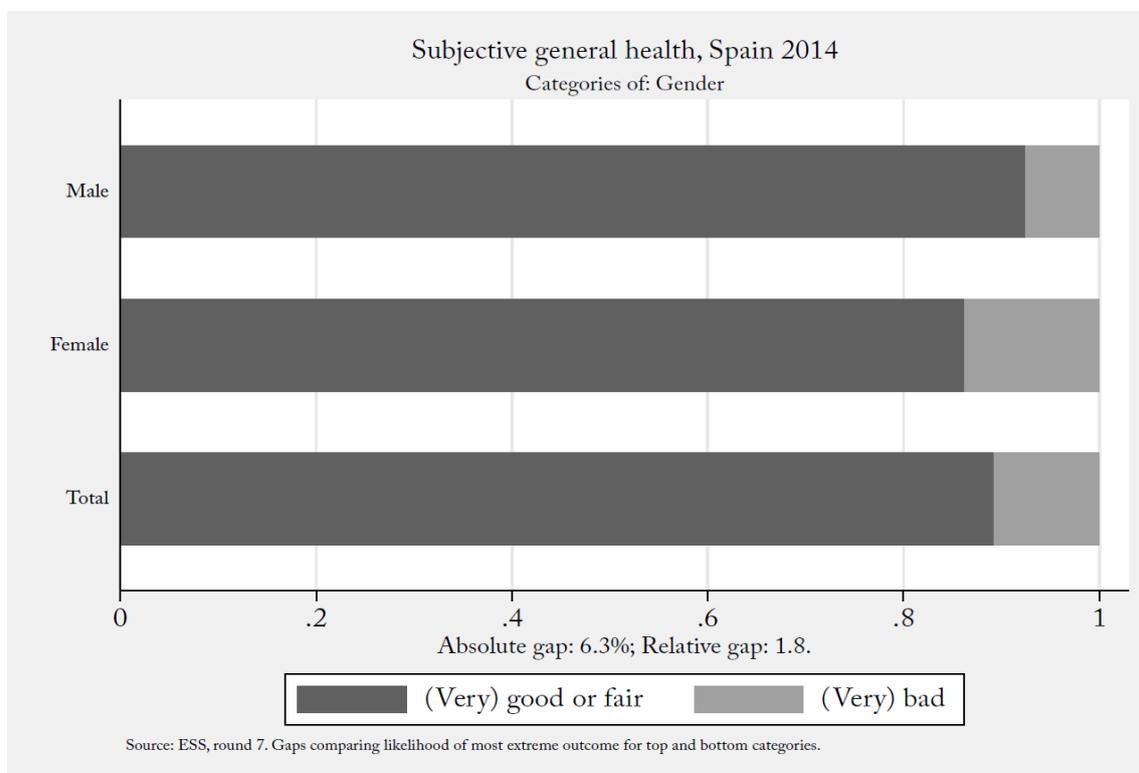


Figura 10 Salud percibida por sexo.

Medida 3. Dignidad y respeto en el contacto con el sistema sanitario.

Para analizar los indicadores relacionados con el respeto en el ámbito del sistema sanitario hemos adaptado los indicadores inicialmente propuestos, introduciendo una visión de respeto como cumplimiento de las necesidades en salud.

La demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses es superior en las clases sociales más bajas que en las más altas, observándose que a lo largo del gradiente social son las mujeres las que presentan mayores problemas de acceso por este motivo, como se puede observar en la gráfica.

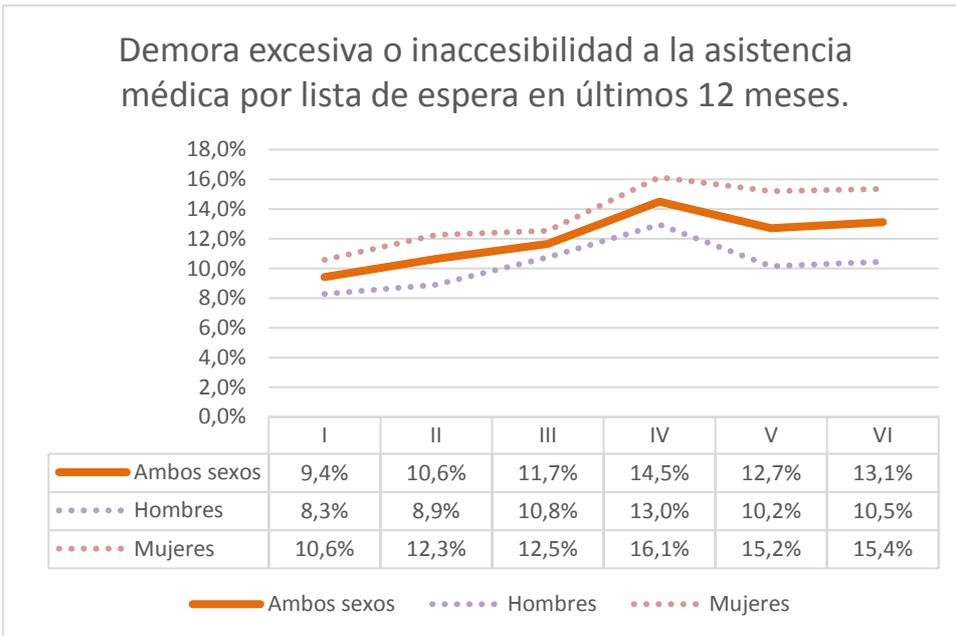


Figura 11 Problemas de acceso a la asistencia médica por lista de espera por clase social y sexo. Fuente: Elaboración propia.

Esto es algo congruente con lo encontrado en algunos textos recientes publicados con datos de nuestro país donde se señala I) que las personas con menor renta y menor nivel educativo pasan más tiempo en las listas de espera dentro del sistema público de salud que las personas de renta y nivel educativo más altos (Abasolo, Negrín-Hernández, & Pinilla, 2015), es decir, las listas de espera cumplen una función de estratificador social de la asistencia sanitaria, y II) que existe un gradiente social en la falta de acceso a prestaciones médicas y odontológicas, y que las principales barreras de acceso pueden encuadrarse dentro del lado de la oferta (precio, distancia, listas de espera). (Urbanos-Garrido, 2016)

Además del acceso a prestaciones, otro de los aspectos más estudiados es el de la falta de acceso por motivos económicos a medicamentos prescritos por un profesional sanitario. Según datos de la muestra española de la última *Encuesta Europea de Salud* (de los que, además, se hizo eco un informe del Defensor del Pueblo), estos problemas en el acceso tienen una distribución que sigue un claro gradiente social, con especial afectación de las clases sociales V y VI.

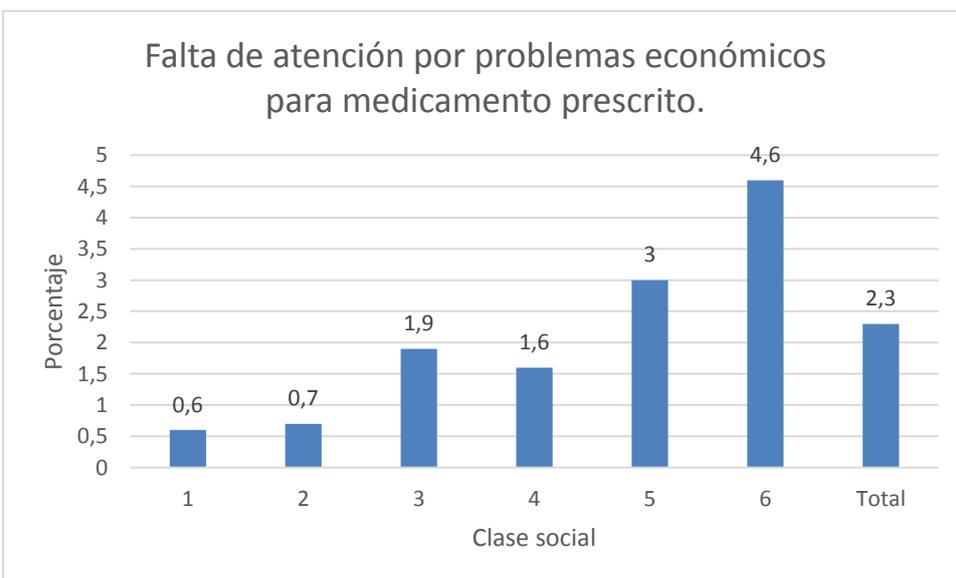


Figura 12 Falta de acceso a medicamentos prescrito por clase social. Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, no es la clase social el factor principal para explicar las desigualdades de causa económica en el acceso a medicamentos prescritos; debido a la estructura del sistema de copago farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud, los mayores focos de desprotección se encuentran en la población menor de 65 años y con múltiples patologías crónicas, que presentan copagos entre el 40 y el 60% del importe de los medicamentos sin tope mensual/anual de aportación.

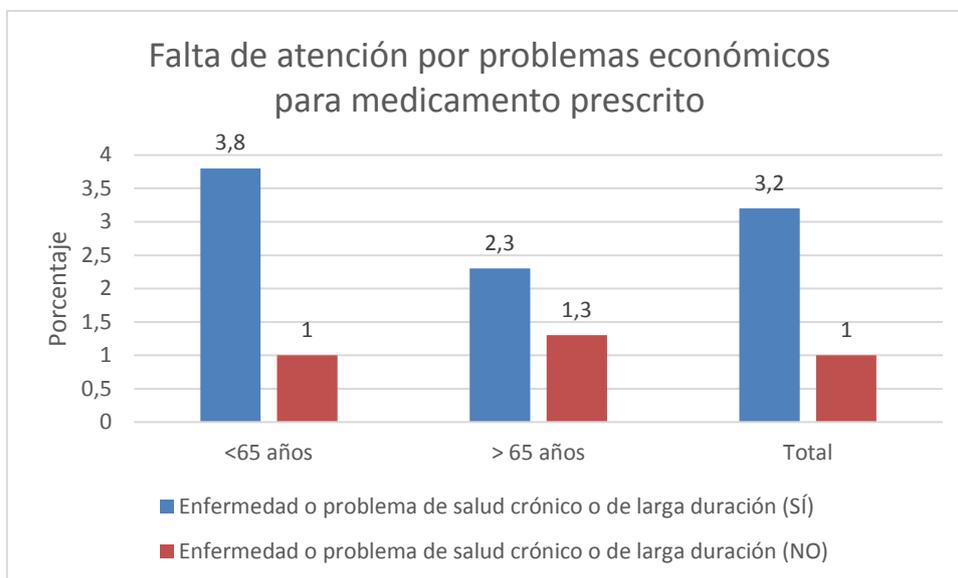


Figura 13 Falta de acceso a medicamentos prescritos por edad y enfermedades crónicas. Fuente: Elaboración propia.

Medida 4. Hábitos de vida saludables.

De forma un poco más distal dentro del modelo de determinantes sociales de salud podríamos identificar un par de variables que explorar para valorar la influencia de los hábitos de vida en las desigualdades sociales en salud: la prevalencia de diabetes y de obesidad y su distribución por renta.

Como se puede observar en las siguientes gráficas, la distribución por deciles de renta sigue un patrón similar tanto para la diabetes como para la obesidad, existiendo una probabilidad de presentar obesidad 1.9 veces mayor en el decil inferior de renta que en el mayor, y una probabilidad de 1.9 para diabetes, siguiendo mayormente el gradiente social ya descrito con anterioridad. Estas inequidades están ampliamente descritas en la bibliografía publicada y hunden sus raíces en las inequidades en los determinantes sociales de salud. (Espelt, y otros, 2011)

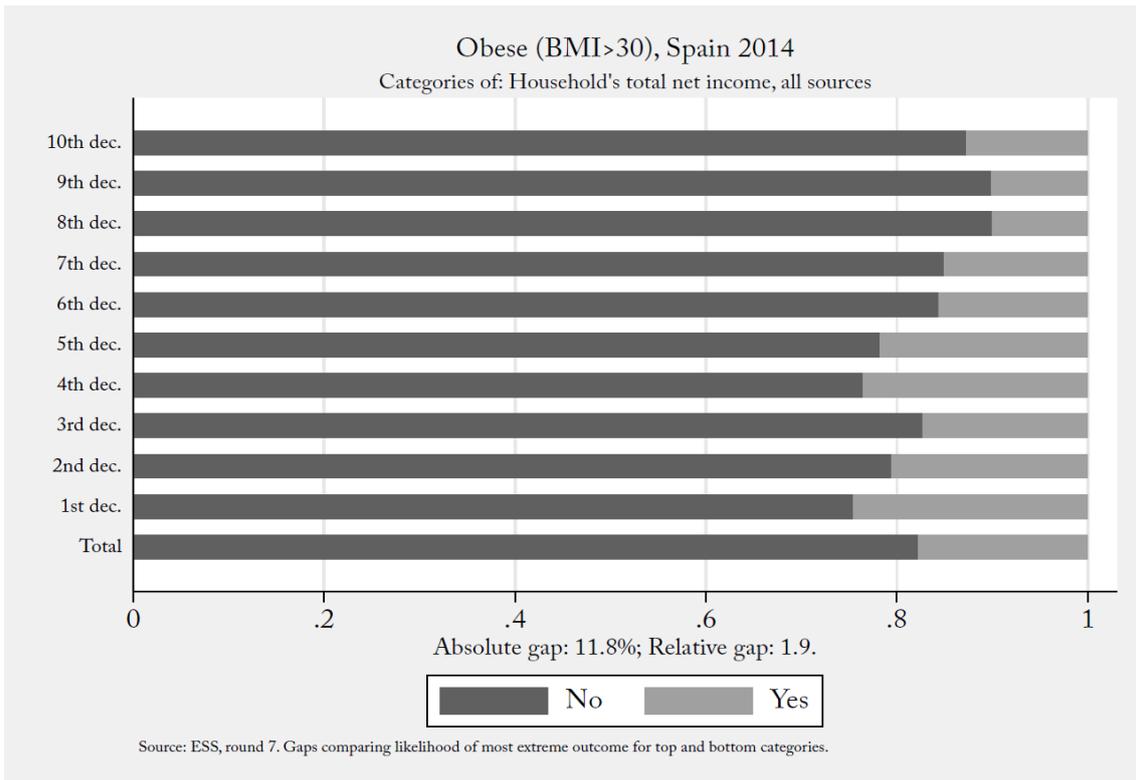


Figura 14 Prevalencia de obesidad por decil de renta.

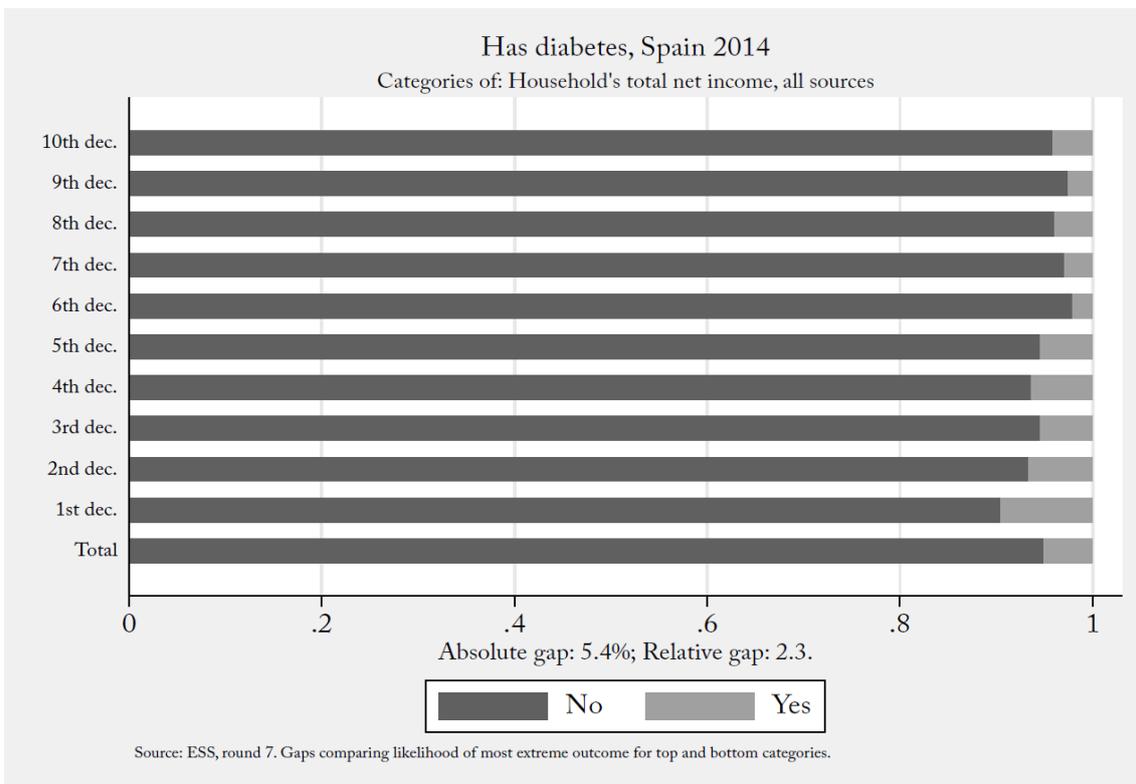


Figura 15 Prevalencia de diabetes por decil de renta.

Esto no es algo que afecte exclusivamente a la población adulta, sino que a observar la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil esto se reproduce de la misma manera. Esto tiene gran importancia dado que se ha observado que la presencia de obesidad y sobrepeso en la infancia

y en la adolescencia tiene capacidad para predecir el desarrollo posterior de obesidad en el adulto, así como de patologías como la diabetes tipo II.

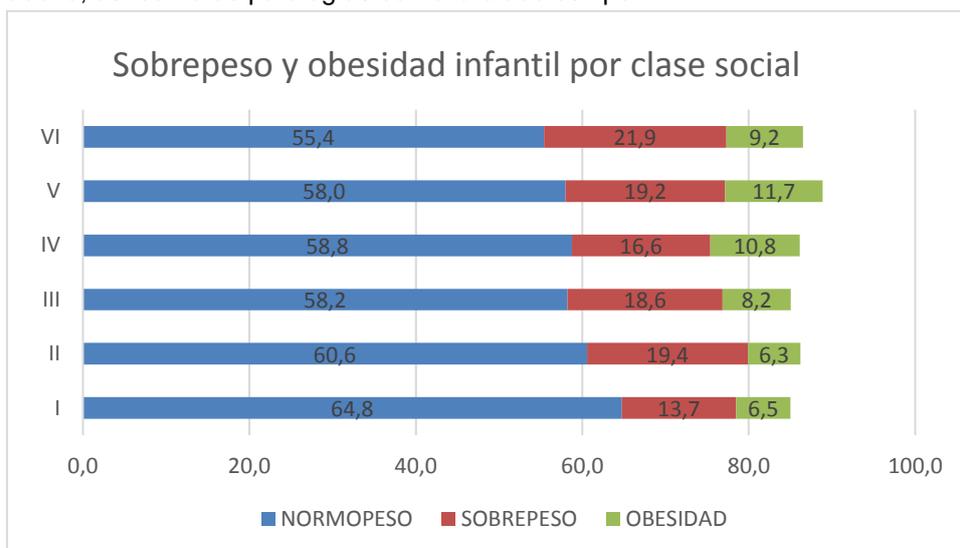


Figura 16 Prevalencia de obesidad y sobrepeso por clase social. Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el desarrollo de enfermedades o condiciones premórbidas con fuerte influencia de los hábitos de vida presenta importantes inequidades por clase social; esto, consistente con toda la bibliografía publicada al respecto en nuestro país y en todo el mundo, refuerza la necesidad de cambiar la visión de las políticas de salud pública basadas en los hábitos de vida y avanzar hacia políticas basadas en las condiciones de vida, como comentaremos con posterioridad.

Continuando con la mirada de proximal a distal, es pertinente observar la distribución por clase social, edad y sexo de los hábitos de vida que de forma más notable favorecen el desarrollo de una buena salud o la aparición de enfermedades: alimentación, tabaquismo y actividad física.

En las siguientes gráficas se puede observar la distribución por clase social y edad del consumo diario de fruta fresca, de bebidas azucaradas y de comida rápida; las conclusiones que se pueden extraer son:

- Tanto los consumos saludables (fruta fresca) como los consumos nocivos (bebidas azucaradas) presentan un gradiente social según el cual las clases sociales más bajas presentan un mayor porcentaje de conductas no saludables.
- El gradiente social se observa de manera más acusada en las variables relacionadas con los hábitos alimentarios nocivos.
- En el análisis por edades, existe un gradiente importante por el cual cuanto más joven es una persona es más probable que presente un patrón de consumo alimentario poco saludable.

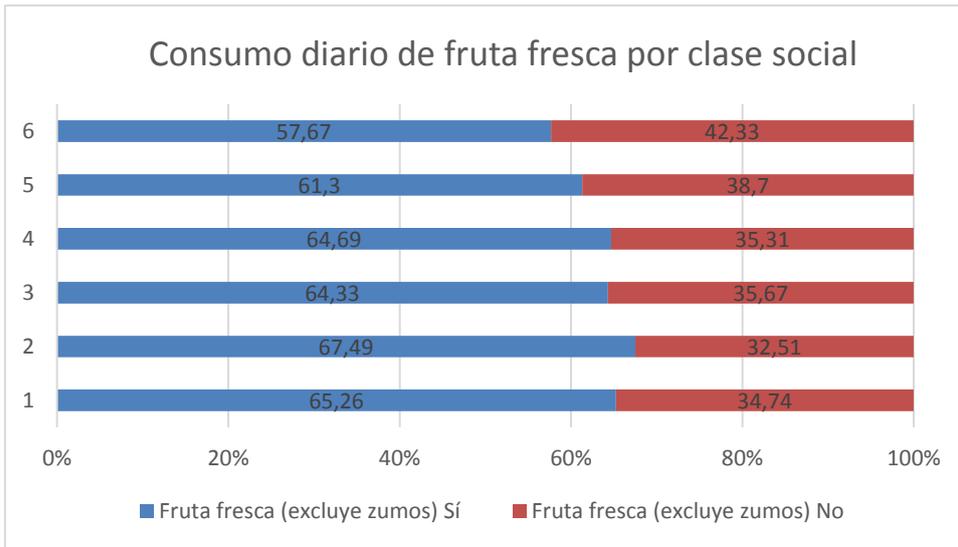


Figura 17 Consumo diario de fruta fresca por clase social. Fuente: Elaboración propia.

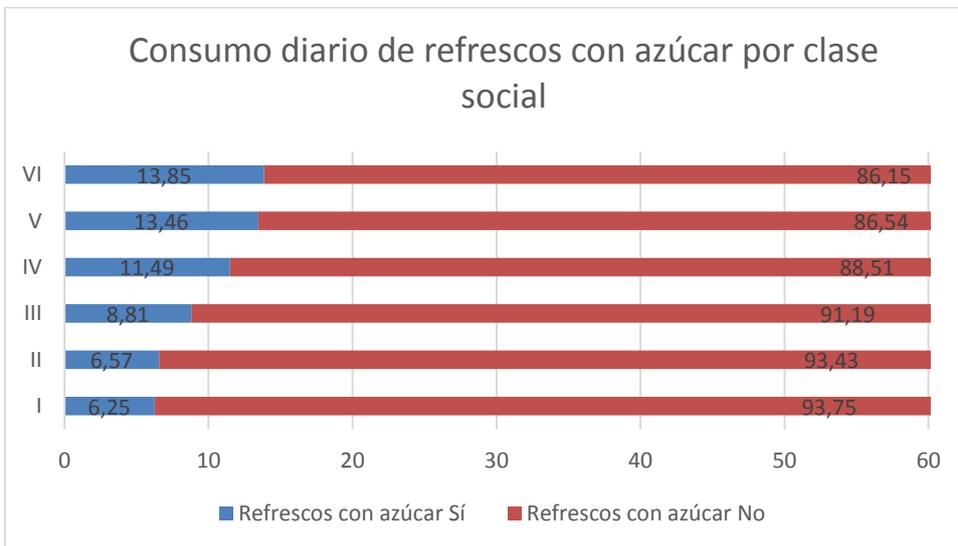


Figura 18 Consumo diario de refrescos con azúcar por clase social. Fuente: Elaboración propia.

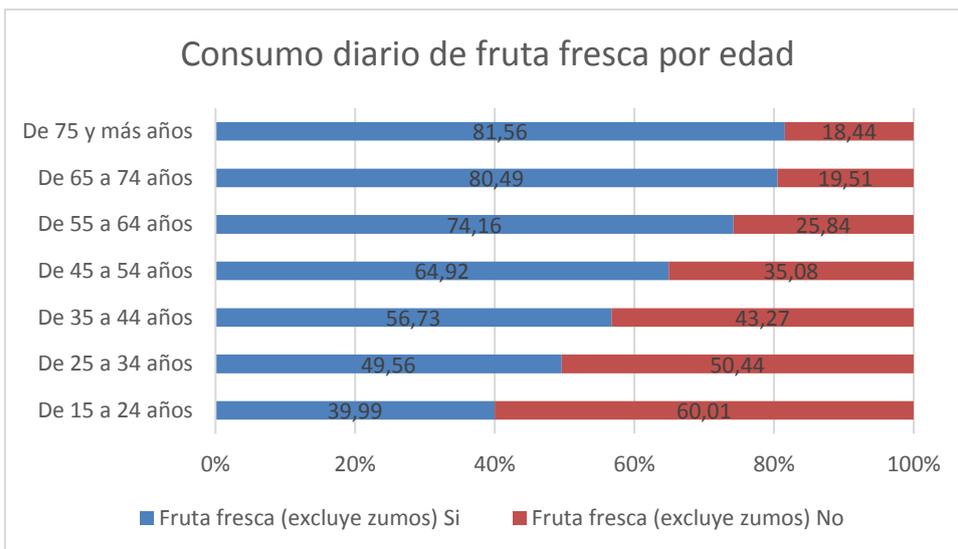


Figura 19 Consumo diario de fruta fresca por edad. Fuente: Elaboración propia.

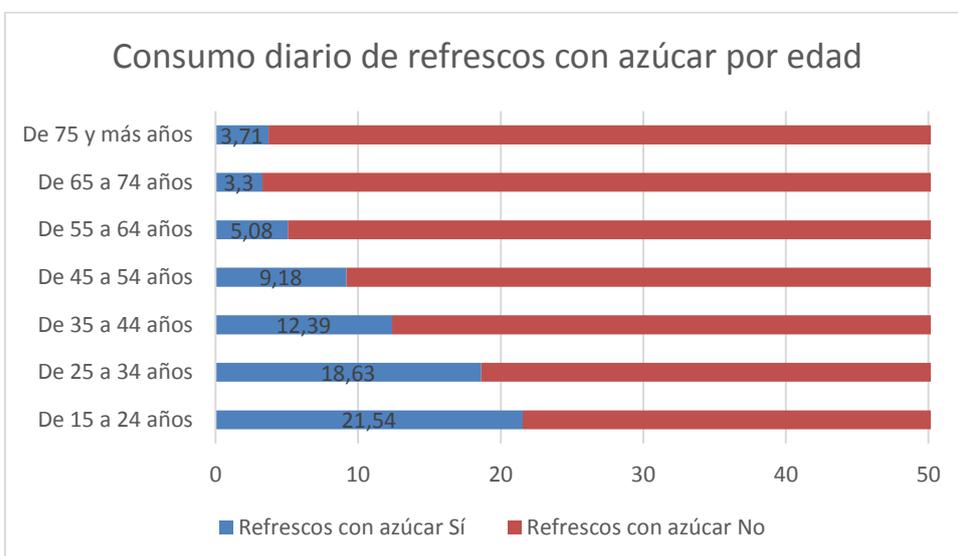


Figura 20 Consumo diario de refrescos con azúcar por edad. Fuente: Elaboración propia.

En relación con el consumo de tabaco, los datos extraídos de la población española son congruentes con lo conocido según la literatura publicada. El tabaquismo diario presenta un importante gradiente social según el cual la población de clase social más baja fuma más que la de clase social más alta (26% clase VI frente a 18,5% clase I); es importante mirar al resto de categorías de la variable medida para observar que el porcentaje de personas que nunca han fumado es relativamente similar en todas las clases sociales, lo que varía es, principalmente, el tamaño del grupo de “exfumadores”. Este fenómeno tiene una doble explicación (que en parte es extrapolable a otras conductas nocivas para la salud): I) El tabaquismo surgió como un hábito de distinción social por arriba, distribuyéndose primeramente por las clases altas y expandiéndose en un segundo momento a clases más bajas, II) una vez establecida su nocividad para la salud y su alta carga de enfermedad, las clases altas fueron abandonando su consumo dado que tenían capacidad (en el sentido más de Amartya Sen del término) para ello, de modo que el tabaquismo pasó a tener una distribución con predominio en clases sociales bajas.

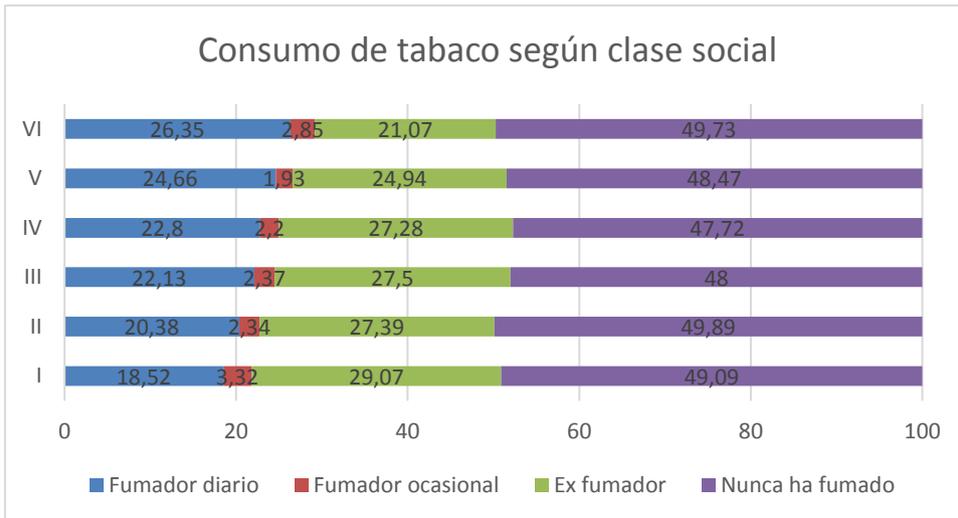


Figura 21 Consumo de tabaco por clase social. Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta al sexo, en las mujeres no se observa un gradiente social acusado de distribución del tabaquismo, mientras que en los hombres sí que sigue presente. Además, y aunque la tendencia temporal sea a estrecharse, sigue existiendo una importante diferencia entre el tabaquismo en hombres y en mujeres.

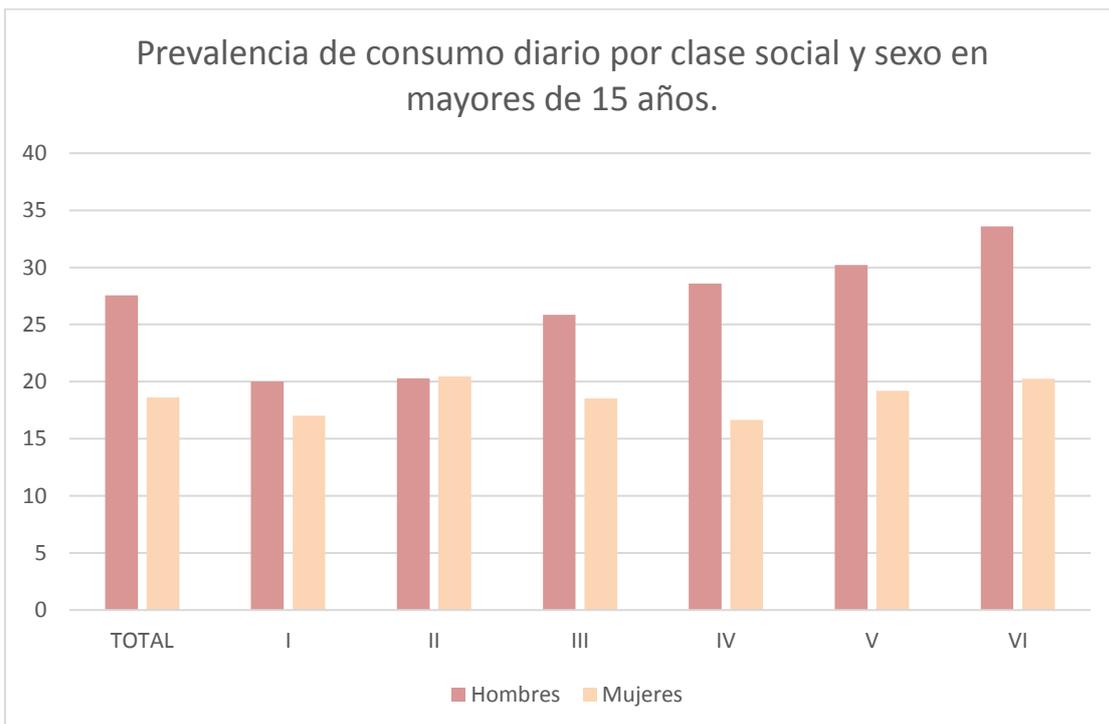


Figura 22 Consumo diario de tabaco por sexo y clase social. Fuente: Elaboración propia.

Por último, en relación con la distribución del sedentarismo por sexo y clase social, existe una importante inequidad por clase en la distribución del sedentarismo, siendo más cuanto más baja es la clase social y existiendo desigualdad por sexo en todas las clases sociales representadas en la siguiente gráfica.

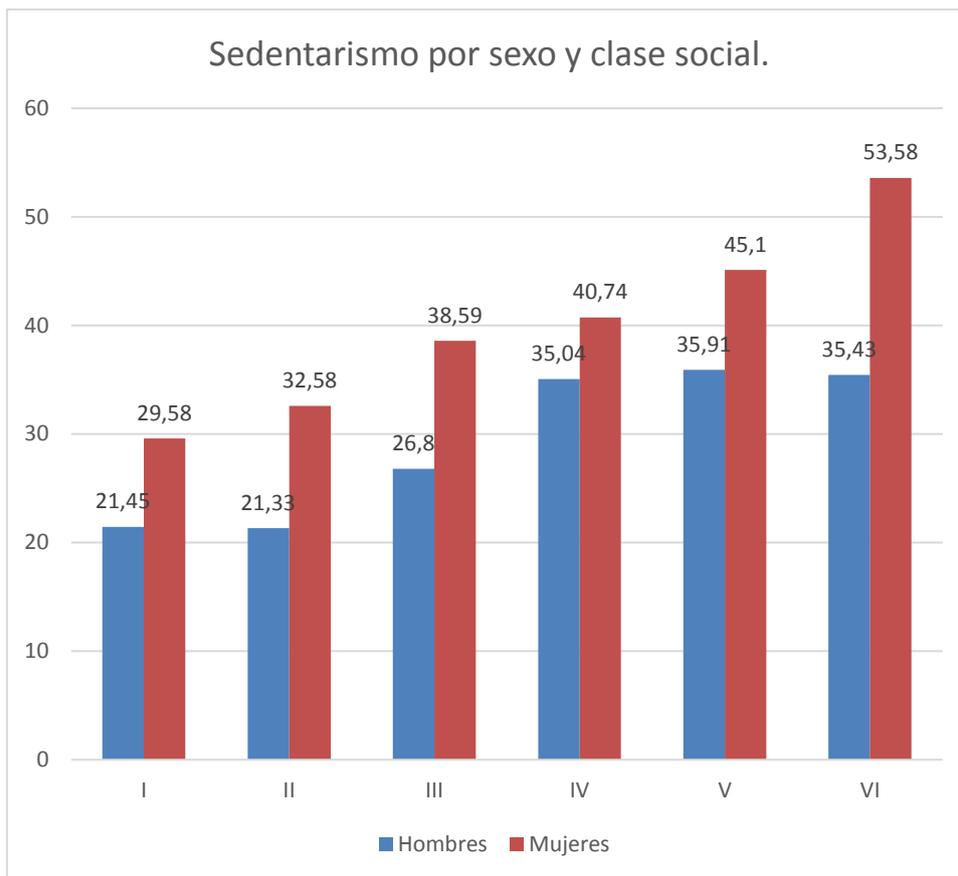


Figura 23 Sedentarismo por sexo y clase social. Fuente: Elaboración propia.

En resumen, podemos afirmar que todas las variables estudiadas para este trabajo presentan, en mayor o menor medida, una distribución que sigue el gradiente social según el cual las enfermedades o hábitos de vida nocivos para la salud se encuentran con mayor frecuencia en las personas de clase social más baja, mejorando según se va subiendo en la escala social.

Además de las desigualdades de clase comentadas previamente, se ha observado que el riesgo cardiovascular es mayor en la población rural de nuestro país con respecto a la urbana (Martell-Claros, Abad-Cardiel, Álvarez-Álvarez, & García-Donaire, 2014), a pesar de que pormenorizadamente no se observen diferencias en relación al control de la tensión arterial o incluso haya factores de riesgo con mayor prevalencia a nivel urbano como puede ser el consumo de tabaco, de modo que se cree que dicha diferencia se debe a la mayor tasa de obesidad en la población rural y a los trastornos metabólicos asociados a esta. (Martell-Claros, Abad-Cardiel, Álvarez-Álvarez, & García-Donaire, 2014).

CAUSAS

Además de la metodología aplicada en el marco de análisis de las desigualdades generado por OXFAM-LSE, en el análisis de las causas que han llevado a la situación actual de las inequidades en salud en España se puede entrever de forma clara la influencia del modelo de determinantes sociales de salud. (Marmot & Allen, 2014)

1. Acceso desigual a una prestación sanitaria de calidad y en el momento correcto.

Como se ha comentado con anterioridad, existen necesidades y demandas sanitarias no cubiertas, tanto en el ámbito de la prestación médica como en el ámbito de la prestación farmacéutica con medicamentos de prescripción. A continuación, se detallan algunos de los factores que podrían estar en la cadena causal que explicara esta desigualdad:

- **Elevado gasto sanitario de bolsillo.** Entre los países de la UE28, España se encuentra diez puntos porcentuales por encima de la media (25% España frente a 15% UE28) (OECD, 2017) en el peso que el gasto de bolsillo supone dentro del total del gasto sanitario. Los factores que más aportan a este gasto de bolsillo serían las prestaciones sanitarias no cubiertas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (salud bucodental, principalmente) y el copago farmacéutico.
- **Falta de protección frente a gastos farmacéuticos elevados en población activa, de rentas bajas y con múltiples enfermedades crónicas.** Tras la última reforma del copago farmacéutico llevada a cabo en el Real Decreto-ley 16/2012, la población pensionista pasó a copagar un 10% de los medicamentos con un tope de aportación mensual, mientras que la población no pensionista presenta una aportación variable según renta declarada sin tope de aportación mensual; esto ha provocado que la falta de acceso a medicamentos por motivos económicos se centre en la población más desprotegida por el actual modelo de copago farmacéutico.
- **Existencia de prestaciones sanitarias fuera de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (bucodental).** Las prestaciones relacionadas con la salud bucodental siguen siendo responsables de una parte importante de las inequidades en el acceso a componentes del gasto sanitario, como queda patente en estudios recientes sobre necesidades sanitarias no cubiertas. (Urbanos-Garrido, 2016)
- **Existencia de grupos de población con falta de cobertura sanitaria o barreras en la accesibilidad.** Durante los años 2012-2018 el modelo de aseguramiento sanitario en España generó bolsas de población sin cobertura sanitaria pública completa, como fue el caso de los inmigrantes indocumentados, cuya mortalidad aumentó un 15% en relación con la retirada de su cobertura sanitaria (Juanmarti Mestres, López Casanovas, & Vall Castelló); en la actualidad se ha recuperado casi por completo la universalidad en la cobertura sanitaria existente antes de 2012 aunque existan pequeños colectivos que en situaciones determinadas, y de acuerdo con el desarrollo de la norma a nivel autonómico, puedan quedar parcial o totalmente excluidos.

2. Distribución desigual de los recursos y prácticas (materiales y culturales, comunitarios e individuales) que permiten tomar elecciones saludables y desarrollar buenos hábitos de vida.

La adopción de estilos de vida saludables dista mucho de ser una decisión dependiente de la voluntad individual y, de acuerdo al marco del abordaje de las capacidades, presenta una serie de condicionantes sociales, culturales y contextuales que interaccionan con los aspectos individuales (Cockerham, 2005) en la adopción de las capacidades necesarias para llevar a cabo esas elecciones. (Venkatapuram, 2011)

- **Número de horas dedicado a los cuidados de personas dependientes.** Como se analiza de forma más profusa en otro de los dominios de este trabajo, el reparto de las horas de cuidados a personas dependientes es notablemente inequitativo por razón, especialmente, de sexo, de modo que las mujeres dedican mucho más tiempo diario a las labores de cuidados y a las tareas del hogar. Esto se ha relacionado en múltiples estudios con un empeoramiento de la salud (Simon, Kumar, & Kendrick, 2009) y una

peor salud percibida (Fernández, Schiaffino, & Martí, 2000), especialmente en las mujeres. (Artazcoz, y otros, 2001)

- **Inequidades en la capacidad económica para acceder a alimentación saludable o a lugares para la realización de actividad física.** La adquisición del mismo número de calorías de comida rápida y de comida saludable presenta importantes diferencias de precio que hacen que exista un claro incentivo monetario para el consumo de la comida rápida. Las inequidades de renta impactan en los hábitos de consumo de alimentos de la población, como hemos visto con anterioridad, y estos a su vez tienen un impacto en salud que se torna más preocupante si analizamos las cifras de consumo de la población más joven. Del mismo modo se observa que las inequidades de renta tienen su expresión en la tasa de sedentarismo –uno de los mayores factores de riesgo cardiovascular en la actualidad– no solo por no poder acceder a lugares recreativos para la realización de actividad física por motivos económicos, sino también por jornadas laborales (formales e informales) que dificultan la realización de actividad física.
- **Distribución inequitativa de las zonas verdes a nivel urbano.** Algunos estudios en ciudades de nuestro entorno muestran que los barrios con mayores niveles de privación tienen un peor acceso a zonas verdes, lo cual podría ayudar a explicar las inequidades sociales en la actividad física. (Hoffman, Barros, & Ribeiro, 2017) En la actualidad existen estudios a este respecto realizándose en España, que seguramente deberán formar parte del marco de análisis para la realización de políticas de urbanismo que promuevan entornos saludables con una mirada de equidad.
- **Distribución inequitativa de los estímulos alimentarios obesogénicos por zonas urbanas.** Existen diversos estudios que muestran que la exposición a hábitos de vida no saludables es mayor en las personas que viven en barrios de rentas bajas, en comparación con las personas que habitan los barrios de rentas más altas. (MacDonald, Olsen, Shortt, & A., 2018) Existen diferencias en la presencia de lugares de comida saludable entre España y otros países como EE.UU. (Díez, y otros, 2016) que hacen que haya que estudiar cuál es el papel de la distribución barrial de los comercios de comida saludable en nuestro entorno para poder actuar a ese respecto.

3. Debilidad en el marco regulatorio de las compañías cuyas prácticas dañan o ponen en riesgo la salud de la población.

El excesivo énfasis que las políticas de salud pública han puesto en el individuo a la hora de actuar sobre la adopción de estilos de vida saludable ha hecho que el marco regulatorio sobre las compañías cuyas prácticas habituales pueden dañar la salud de la población haya quedado circunscrito a un tipo de prácticas muy concreto –vinculado con la seguridad alimentaria y la ambiental, principalmente–. Con una mirada más amplia de la regulación de la actividad industrial y sus efectos sobre la salud podrían valorarse las siguientes causas:

- **Falta de políticas fiscales dirigidas a incentivar la adopción de consumos saludables en el ámbito de la alimentación.** A pesar de las recomendaciones internacionales (World Health Organization, 2016) España sigue sin contar con impuestos sobre las bebidas azucaradas o los alimentos azucarados a nivel estatal –o generalizado a nivel autonómico–, así como tampoco cuenta con un plan de estímulo para mejorar la accesibilidad de la alimentación saludable.
- **Retraso en la adopción de políticas antitabaco de efectividad probada tales como el empaquetamiento genérico.** La fidelización de los usuarios mediante las técnicas de diferenciación de marca siguen siendo efectivas en el inicio y continuación del hábito tabáquico entre la población. (Kotnowski & Hammond, 2013)
- **Regulación permisiva en la promoción y marketing de alimentos poco saludables.** Exceptuando las bebidas alcohólicas, no existen limitaciones a la generación,

vía marketing, de un ambiente obesogénico que favorece el consumo de alimentos nocivos para la salud, con un importante gradiente social.

RECOMENDACIONES

En relación con las causas anteriormente mencionadas vamos a tratar de hacer una propuesta de soluciones basada, en lo posible, en la literatura publicada, y remitiéndonos a las soluciones propuestas en los demás dominios, dado que, parafraseando a Geoffrey Rose, “si la mayoría de los problemas de salud son sociales, así han de ser los remedios”, de modo que muchas de las soluciones para la disminución de las desigualdades en salud las deberemos buscar en el resto de dominios. Un documento fundamental para comprender y ahondar en la búsqueda de soluciones desde una perspectiva de determinantes sociales de salud es el publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad bajo el título *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España., 2015)

Medidas encaminadas a reformar el gasto sanitario público.

- **Aumento del gasto sanitario público por habitante y como porcentaje del PIB.** El gasto sanitario público en España se relaciona con la capacidad redistributiva del estado (Spadaro, Mangiavacchi, Moral-Arce, Adiego-Estella, & Blanco-Moreno, 2013); además, la disminución en el gasto sanitario público se ha relacionado con un empeoramiento en los resultados en salud y aumentos de la mortalidad en algunas variables íntimamente relacionadas con el desempeño del sistema sanitario. (Maruthappu, KYB, Williams, Atun, & Zeltner, 2014) (Golinelli, y otros, 2017) En la actualidad, las cifras de gasto sanitario ponen en riesgo la suficiencia financiera del sistema, especialmente si observamos las previsiones a corto plazo plasmadas en el Programa de Estabilidad. (Ministerio de Economía. Gobierno de España., 2018) A nivel de inequidades territoriales, los diferentes niveles de recortes de gasto sanitario en los años de la crisis económica se han asociado a incrementos territoriales en las listas de espera vinculados a dichos recortes (Sánchez-Bayle & Palomo, 2018) (que ya de por sí tienen un importante carácter regresivo dentro de nuestro sistema sanitario (Abasolo, Negrín-Hernández, & Pinilla, 2015)).
- **Establecer medidas de protección presupuestaria para las áreas del sistema sanitario con mayor impacto en la equidad en salud.**
 - La Atención Primaria y la Salud Pública han sido los sectores que han experimentado una mayor caída del gasto sanitario público desde el año 2009, con caídas entre el 16 y el 21% que se van recuperando en los últimos dos años. Sin embargo, el gasto hospitalario se ha mantenido con un gasto casi constantemente creciente, disminuyendo las partidas de Atención Primaria y Salud Pública. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018)
 - Sería deseable el blindaje presupuestario de Atención Primaria y Salud Pública implantando suelos de gasto en estos niveles asistenciales, sin quedarse simplemente en esta política de redistribución del gasto, sino utilizándola como reflejo de giros en el modelo de funcionamiento de los diferentes niveles asistenciales.
- **Ampliar la cobertura pública de prestaciones que actualmente son deficitarias** (ej.: bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas) priorizando, según criterios de equidad, aquellos procesos que, por su prevalencia e ineludibilidad, provocan

en mayor medida el recurso al sistema privado por parte de población con recursos limitados. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España., 2015) Ampliación con perspectiva de género de la cobertura actual de prestaciones en el ámbito de la salud sexual y la salud reproductiva y abordaje de las inequidades en el acceso vinculadas a desigualdad de renta. Además, deberían reforzarse los dispositivos relacionados con la asistencia sociosanitaria en el ámbito de la salud mental de modo que se tuvieran en cuenta las mayores prevalencias de trastornos en este ámbito en las personas de clase social más baja y se pudiera hacer un abordaje adecuado a este contexto.

Reforma del actual sistema de copago farmacéutico.

Los copagos, en general, suponen una tasa que grava el uso del sistema sanitario; es decir, son un gravamen a la enfermedad, especialmente cuando se implantan sobre prescripciones realizadas por un facultativo/a. Para evitar que la enfermedad sea el regulador de los copagos farmacéuticos habría que eliminar dicho copago o bien limitarlos a los exclusivamente evitables; con esta última visión, la de aminorar la carga de desigualdad del copago farmacéutico, se plantean las siguientes recomendaciones, dado que las recomendaciones en relación a su eliminación son mucho más sencillas y no precisan de mayor explicación.

- **Establecimiento de topes de aportación en población activa.** En la actualidad la población activa carece de mecanismos de protección frente a gastos elevados derivados de su aportación en forma de copago farmacéutico, más allá de la limitación de precios para algunos medicamentos destinados a enfermedades crónicas (principalmente). Es preciso establecer topes de aportación en población activa que se computen por periodos (mensuales/semestrales/anuales) y que se implanten de modo que eviten la aportación por adelantado por parte del usuario, como se ha hecho en la mayoría de las Comunidades Autónomas con los topes de aportación establecidos para población pensionista.
- **Revisión de los límites de rentas exentas de copago farmacéutico.** La renta sigue siendo un factor determinante en las inequidades en el acceso a medicamentos prescritos, incluso en población mayor de 65 años que tienen topes de aportación mensual; la revisión de estos límites (al alza) podría disminuir el número de personas de renta baja sin acceso a medicamentos por motivos económicos.
- **Elaboración de un catálogo de medicamentos de alto valor terapéutico libres de aportación por parte de los pacientes.** Que los pacientes puedan transitar por el sistema sanitario sin la necesidad de copagar los medicamentos y haciéndolo solamente en el caso de la implantación de algún copago evitable (preferencia por un medicamento *me-too* concreto, por ejemplo, o por el medicamento de marca) facilitaría el acceso a los medicamentos, a la vez que incentivaría un mayor uso de los medicamentos de alto valor terapéutico frente a alternativas de menor valor y mayor precio.

Cobertura sanitaria universal y cobertura universal en salud.

El acceso universal y equitativo al sistema sanitario es una medida irrenunciable en la búsqueda de la equidad (y especialmente de la equidad en salud). Para ello se proponen dos medidas fundamentales, una centrada en el sistema sanitario y otra en la universalización del acceso a determinantes sociales de salud que promuevan su mejora o mantenimiento.

- **Expansión de la cobertura universal a la provisión de servicios relacionados con los determinantes sociales de salud.** Desde una perspectiva de determinantes sociales de salud, la importancia de la universalidad de la asistencia sanitaria es igual de importante que la universalidad del acceso a otros determinantes fundamentales de

salud como pueden ser los suministros eléctricos básicos o la vivienda digna. A este respecto son varias —e importantes— (Marmot M. , 2013) las voces en el ámbito del salubrismo que plantean la necesidad de pasar de una mirada de cobertura sanitaria universal a otra de cobertura universal en salud.

Desarrollo y financiación de la Ley de Dependencia.

El papel de la desigual distribución de las labores de cuidados por género es una de las explicaciones fundamentales de las inequidades de género en salud. Las medidas encaminadas a la socialización de los cuidados, su profesionalización y la intervención de las instituciones para garantizarlo tienen el potencial para disminuir el efecto de dichos cuidados sobre la salud de las personas cuidadoras.

- **Asegurar la correcta aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal** y de Atención a las Personas en situación de Dependencia, y potenciar la oferta de servicios públicos de calidad para cubrir las necesidades de las personas dependientes y cuidadoras, especialmente en los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo de empobrecimiento y exclusión laboral y social.

Desarrollo de un paquete de medidas en el ámbito de la fiscalidad saludable, especialmente en relación con la alimentación saludable.

Las políticas públicas en el ámbito de la protección de la salud han tendido a centrarse en la regulación y preservación de la salubridad de los suministros que llegan al ciudadano, prestando menos atención a una visión de la protección de la salud que iría encaminada a desincentivar la adopción de hábitos de vida nocivos para la salud e incentivar aquellos hábitos saludables.

- **Implantación de un impuesto a las bebidas azucaradas vinculado a la cantidad de azúcar.** Dentro de las medidas de *fiscalidad saludable* relacionadas con la alimentación, la implantación de un gravamen sobre las bebidas azucaradas parece ser la que tiene una mayor bibliografía apoyando su capacidad para la reducción del consumo e incluso para la disminución de la incidencia de obesidad y diabetes (Ortún, López-Valcarcel, & Pinilla, 2016) (Cabrera Escobar, Veerman, Tollman, Bertram, & Hofman, 2013). Además, si el impuesto está bien diseñado se ha observado que las bebidas azucaradas pueden presentar una elasticidad negativa que tenga un mayor impacto en las personas de clase social baja, lo cual ayudaría a reducir las desigualdades en salud, como se ha observado en evaluaciones de experiencias ya implantadas. (Colchero, Popkin, & Ng, 2016)
- **Valorar la extensión de dicho impuesto a los alimentos dulces procesados.** Recientes estudios muestran que los alimentos azucarados pueden ser más sensibles a incrementos de precios que las bebidas azucaradas (Smith, Cornelsen, Quirmbach, Jebb, & Marteau, 2018), por lo que debería valorarse actuar sobre ellos para disminuir su consumo, así como la inequidad social asociada al mismo.
- **Exenciones del Impuesto sobre Bienes Inmuebles para la creación de establecimientos de alimentación saludable en zonas de baja densidad de dichos establecimientos y baja renta de su población.** La revitalización de los mercados de abastos y el favorecimiento de la apertura de comercios de alimentación no procesada se plantea como una medida que favorezca disminuir el consumo de alimentos procesados, facilitando la adopción de hábitos de consumo más saludables.

- **Estímulos económicos directos para disminuir el precio (subvencionar) de legumbres, frutas y verduras.** Algunas revisiones afirman que gravar los alimentos no saludables tendría un mayor impacto si se acompaña de estímulos fiscales que logren abaratar los precios de los alimentos saludables, de modo que se favorezca que el fenómeno de sustitución de los alimentos gravados se realice hacia opciones más generadoras de salud y bienestar. (Bambra, Hillier, Moore, Cairns.Nagi, & Summerbell, 2013)

Fortalecimiento de nuevas medidas contra el tabaquismo.

- **Financiación de la medicación coadyuvante para el cese del hábito tabáquico en personas de renta baja.** La financiación de la medicación complementaria para el cese del hábito tabáquico siempre ha sido una medida discutida en el ámbito de las políticas antitabaco; sin embargo, sí que parece que su financiación en población de renta baja, donde la prevalencia de tabaquismo es mayor y la capacidad para el cese del hábito tabáquico es menor, podría favorecer un aumento del abandono de este hábito en estos grupos de población. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España., 2015)
- **Implantación de medidas de empaquetamiento genérico.** La implantación del empaquetamiento genérico ha demostrado tener efecto positivo en la evitación del inicio del hábito tabáquico en población joven, (Dunlop, Perez, Dessaix, & Currow, 2016) disminuyendo la exposición de la población general y, en particular, la infantil, a estímulos de marketing en la vida cotidiana (Brennan, Bayly, Scollo, Zacher, & Wakefield, 2018). Esta medida se contempla por parte de la Organización Mundial de la Salud como una de las medidas deseables dentro de la lucha contra el tabaquismo. (World Health Organization, 2003)

Iniciativas legislativas en el marco de la publicidad de alimentos no saludables.

- **Restricciones a la publicidad de alimentos con alto contenido graso y en azúcares.** Como se ha comentado con anterioridad, existen inequidades en la exposición a estímulos obesogénicos de modo que en los barrios más pobres la exposición es mayor que en los de rentas más altas. (Bambra, Hillier, Moore, Cairns.Nagi, & Summerbell, 2013) Las restricciones publicitarias en este ámbito deberían interpretarse de la misma manera que las planteadas en torno a las bebidas alcohólicas o el tabaco.

SOBRE LOS AUTORES

Javier Padilla Bernáldez (Madrid, 1983). Licenciado en Medicina (Universidad Autónoma de Madrid). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria (Escuela Andaluza de Salud Pública), Máster en Economía de la Salud y del Medicamento (Universidad Pompeu Fabra).

Colaborador ocasional en medios de comunicación como eldiario.es o Periódico El Salto, así como en Agenda Pública. Miembro del laboratorio de ideas sobre salud pública y política sanitaria "Colectivo Silesia". Co-coordinador del libro "Salubrismo o Barbarie". Miembro del Grupo de Trabajo de Inequidades en Salud y Salud Internacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, así como de su sociedad federada madrileña. Trabajó como asesor en

materia de políticas de salud para En Comú Podem. En la actualidad trabaja como médico de familia en el Centro de Salud Fuencarral, en Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

Abasolo, I., Negrín-Hernández, M., & Pinilla, J. (2015). Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *The European Journal of Health Economics*, 15(3), 323-334.

Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlfs, I., Beni, C., Moncada, A., & Benach, J. (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 150-153.

Asch, S., Leake, B., & Gelberg, L. (1994). Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? *Western Journal of Medicine*, 161(4), 373-376.

Bambra, C., Hillier, F., Moore, H., Cairns, Nagi, J., & Summerbell, C. (2013). Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among adults. *Systematic Reviews*, 2, 27.

Brennan, E., Bayly, M., Scollo, M., Zacher, M., & Wakefield, M. (March de 2018). Observed smoking and tobacco pack display in Australian outdoor cafés 2 years after implementation of plain packaging. *European Journal of Public Health*. doi:10.1093/eurpub/cky051

Cabrera Escobar, M., Veerman, J., Tollman, S., Bertram, M., & Hofman, K. (2013). Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 13. doi:10.1186/1471-2458-13-1072

Cimas, M., Gullón, P., Aguilera, E. M., Freire, J., & Pérez-Gómez, B. (April de 2016). Healthcare coverage for undocumented migrants in Spain: Regional differences after Royal Decree Law 16/2012. *Health Policy*, 120(4), 384-395.

Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46(1), 51-67.

Colchero, M., Popkin, B. R., & Ng, S. (2016). Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *The BMJ*(352), h6704.

Díez, J., U, B., Cebrecos, A., Buczynski, A., RS, L., Glass, T., . . . Franco, M. (August de 2016). Understanding differences in the local food environment across countries: A case study in Madrid (Spain) and Baltimore (USA). *Preventive Medicine*(89), 237-244.

Dunlop, S., Perez, D., Dessaix, A., & Currow, D. (November de 2016). Australia's plain tobacco packs: anticipated and actual responses among adolescents and young adults 2010-2013. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053166

EHLEIS, E. H. (2016). *Esperanza de vida saludable en España*. Recuperado el 10 de 10 de 2018, de http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue10_translated/Espana.pdf

Espelt, A., Arriola, L., Borrell, C., Larrañaga, I., Sandin, M., & Escolar-Pujol, A. (2011). Socioeconomic Position and Type 2 Diabetes Mellitus in Europe 1999-2009: a Panorama of Inequalities. *Current Diabetes Review*(7), 148-158.

Fernández, E., Schiaffino, A., & Martí, M. (2000). Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa. *Gaceta Sanitaria*, 14(4), 287-290.

Fernández-Martínez, B., Prieto-Flores, M.-E., Joao Forjaz, M., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., & Martínez-Martín, P. (2012). Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 310-319.

Golinelli, D., Toscano, F., Bucci, A., Lenzi, J., Fantini, M., Nante, N., & Messina, G. (2017). Health Expenditure and All-Cause Mortality in the 'Galaxy' of Italian Regional Healthcare Systems: A 15-Year Panel Data Analysis. *Applied health economics and health policy*, 15(6), 773-783.

González, L. (2018). *Desigualdad en mortalidad: los datos de España*. Nada es gratis.

Hoffman, E., Barros, H., & Ribeiro, A. I. (2017). Socioeconomic inequalities in green space quality and accessibility - Evidence from a southern European city. *International Journal of environmental research and public health*, 14.

Juanmari Mestres, I., López Casasnovas, G., & Vall Castelló, J. (s.f.). *The deadly effect of losing health insurance*. CRES-UPF Working Paper #201802-104.

Kotnowski, K., & Hammond, D. (2013). The impact of cigarette pack shape, size and opening: evidence from tobacco company documents. *Addiction*, 108(9), 1658-1668.

MacDonald, L., Olsen, J., Shortt, N., & A., E. (2018). Do 'environmental bads' such as alcohol, fast food, tobacco, and gambling outlets cluster and co-locate in more deprived areas in Glasgow City, Scotland? *Health & Place*, 54, 224-231.

Marmot, M. (2013). Universal health coverage and social determinants of health. *The Lancet*, 382(9900), 1227-1288.

Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517-S519.

Martell-Claros, N., Abad-Cardiel, M., Álvarez-Álvarez, B., & García-Donaire, J. (2014). Blood pressure control and cardiovascular risk among rural and urban population in Spain. *Hipertensión y riesgo vascular*, 31(3), 79-116.

Martínez Pérez, J., Sánchez Martínez, F., & Abellán Perpiñán, J. (2016). Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad en España: una aproximación. *Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas*(6), 28-48.

Maruthappu, M., KYB, N., Williams, C., Atun, R., & Zeltner, T. (2014). The association between government healthcare spending and maternal mortality in the European Union, 1981–2010: a retrospective study. *General obstetrics*, 122(9), 1216-1224.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estadística de Gasto sanitario público 2016: Resultados principales*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid.

Ministerio de Economía. Gobierno de España. (Abril de 2018). *Actualización del Programa de Estabilidad. 2018-2021*.

OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

- Ortún, V., López-Valcarcel, B., & Pinilla, J. (2016). El impuesto sobre bebidas azucaradas en España. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e1-e13.
- Ottersen, T., Norheim, O., & Coverage, W. H. (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage. *Bulletin World Health Organization*, 92(6). doi:10.2471/BLT.14.139139
- Rippon, I., & Steptoe, A. (2015). Feeling old vs being old: associations between self-perceived age and mortality. *JAMA Internal Medicine*, 175(2), 307-309.
- Sánchez-Bayle, M., & Palomo, L. (2018). Recortes en los presupuestos sanitarios y listas de espera. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), e1-e4. doi:10.1016/j.gaceta.2017.07.013
- Simon, C., Kumar, S., & Kendrick, T. (2009). Cohort study of informal carers of first-time stroke survivors: profile of health and social changes in the first year of caregiving. *Social Science and Medicine*(69), 404-410.
- Smith, R., Cornelsen, L., Quirnbach, D., Jebb, S., & Marteau, T. (2018). Are sweet snacks more sensitive to price increases than sugar-sweetened beverages: analysis of British food purchase data. *BMJ Open*, 8, e019788.
- Spadaro, A., Mangiavacchi, L., Moral-Arce, I., Adiego-Estella, M., & Blanco-Moreno, A. (2013). Evaluating the redistributive impact of public health expenditure using an insurance value approach. *Eur J Health Econ*, 14(5), 775-787. doi:10.1007/s10198-012-0423-6
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*(S1), 25-30.
- Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Polity.
- World Health Organization. (2003). World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Geneva.
- World Health Organization. (2016). *Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report*. World Health Organization, Geneva.

Informes de Investigación de Oxfam Intermón

Para más información o realizar comentarios sobre este documento, póngase en contacto con msambade@oxfamintermon.org

© Oxfam Intermón marzo 2019

Esta publicación está sujeta a *copyright* pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del *copyright* solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con msambade@oxfamintermon.org

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en más de 90 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)

Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)

Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)

Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)

Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)

Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)

Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)

Oxfam India (www.oxfamindia.org)

Oxfam Intermón (www.oxfamintermon.org) Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)

Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)

Oxfam Japón (www.oxfam.jp)

Oxfam México (www.oxfamMexico.org)

Oxfam Novib (www.oxfamnovib.nl)

Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)

Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org

E-mail: advocacy@oxfaminternational.org

www.oxfamintermon.org